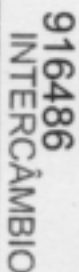


2-N₂[illegible][illegible]

44-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	Iramara Felix Pires	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	Iramara Felix Pires	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Dado, local e Canto da Empresa	
Cirurgiã Dentista CRO-SP: 72296		Cirurgiã Dentista CRO-SP: 72296					